

ционной резистентности и иммунологической реактивности, предпочтительной для этих больных должна быть гормональная контрацепция.

2. При необходимости прерывания беременности должны быть использованы малотравматичные или гормональные методы: мини-аборты, ламинарии, простагландины, антигестагены.

3. Эффективное лечение острых воспалительных заболеваний гениталий. Рациональная длительная антибактериальная комплексная терапия острых воспалительных заболеваний женских половых органов с учетом возбудителя заболевания и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам. Учитывая высокую степень расхождения характера флоры влагалища, цервикального канала и малого таза, необходимо широкое внедрение при острых воспалительных заболеваниях придатков матки и органов малого таза эндоскопических методов исследования. Это позволяет взять материал из очага воспаления для бактериологического исследования, определения чувствительности к антибактериальным препаратам и исключить другие заболевания. При необходимости диагностические манипуляции могут быть дополнены лечебными мероприятиями, направленными на санацию малого таза.

4. Основой профилактики хронического течения воспалительного процесса придатков матки является функциональная реабилитация больных. Оценка степени функциональных нарушений гениталий, а также других органов и систем женского организма позволяет проводить адекватное комплексное лечение, направленное на коррекцию функциональных нарушений. Для проведения мероприятий в области малого таза целесообразно широкое использование микроинвазивных вмешательств (санация малого таза, борьба со спаечным процессом, функционально-реконструктивные операции, параметральная иммунотерапия и др.).

5. Обязательное обследование и лечение полового партнера у женщин с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки.

6. У больных воспалительными заболеваниями женских половых органов после антибактериальной терапии необходимо проведение лечения направленного на нормализацию биоценоза влагалища.

7. Лечение экстрагенитальных заболеваний и коррекцию нарушений других органов и систем необходимо проводить совместно с врачами соответствующей специальности (уролог, эндокринолог, терапевт, невропатолог и др.).

8. Широкое внедрение в клиническую практику микроинвазивных методов лечения позволяет решать вопрос о симультанном производстве функционально-реконструктивных вмешательств на органах малого таза. Целесообразно производство таких операций, как при гинекологических, так и при хирургических вмешательствах, поскольку при малоинвазивных вмешательствах не существует ограничения операционного доступа.

9. Женщины, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, во время предоперационной подготовки к плановой операции должны обследоваться для определения степени функциональных нарушений и решения вопроса об объеме функционально-реконструктивного вмешательства. В специализированных отделениях микроинвазивной хирургии целесообразно создание смешанных хирургических бригад, с участием акушера-гинеколога, для решения возможных интраоперационных тактических вопросов.

**Ю.В. Стручков, С.М. Муравьев,
И.В. Горбачева**

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Московская Медицинская Академия
им. И.М. Сеченова

Несмотря на успехи современной хирургии, актуальной проблемой остается лечение

гнойно-воспалительных процессов, а в особенности послеоперационного перитонита. Частота этой патологии составляет около 2% и неизбежно растет, что связано как с ростом оперативной активности, так и с изменением возрастной структуры пациентов, реактивности организма, антибиотикорезистентностью микрофлоры и значительной сенсibilизацией больных.

Особое значение на этом фоне приобретает ранняя и своевременная диагностика послеоперационного перитонита. Однако решение этой проблемы встречается на своем пути целый ряд трудностей, таких как стертость симптоматики, которая связана с послеоперационными изменениями гомеостаза, проводимым интенсивным лечением; быстрое распространение перитонита, что связано с неполным удалением источника перитонита, несостоятельностью швов, недостаточностью дренирования брюшной полости; психологическим барьером, что препятствует своевременному решению вопроса о повторной операции. Все это бывает связано с отсутствием объективных критериев за развивающийся или продолжающийся послеоперационный перитонит.

С целью преодоления описанных выше трудностей в нашей клинике разработана методика индивидуального клинического прогнозирования развития послеоперационного перитонита, которая базируется на анализе клинических, лабораторных данных и данных инструментального обследования (рентгенологические тесты, динамическое ультразвуковое исследование и лапароскопия).

Внедрение в клиническую практику динамических ультразвуковых исследований позволило улучшить диагностику ранних послеоперационных осложнений, таких как раннее внутрибрюшное кровотечение, абсцессы, кишечная непроходимость, несостоятельность анастомозов, а у больных с наложенной лапаростомой – позволило объективно оценивать эффективность проводимого лечения. Эта методика позволяет с большой долей безошибочного прогноза выделять группу риска больных с высокой вероятностью развития послеоперационного перитонита и корректировать тактику их

лечения.

В группу высокого риска в плане развития послеоперационного перитонита мы относим больных, перенесших оперативные вмешательства, связанные с нарушением непрерывности желудочно-кишечного тракта, как например, больных перенесших резекцию желудка по различным причинам, резекцию толстой или тонкой кишки.

По строго определенной схеме нами осмотрено 20 больных, из них 4 - с обструктивной резекцией толстой кишки (3 - по поводу опухоли, 1 - по поводу старой перфорации). 3 - с резекцией тонкой кишки по поводу спаечной непроходимости, 4 – закрытие колостомы, 7 – после резекции желудка, 1 больной после гепатико-юностомии, 1 - после панкреатодуоденальной резекции.

Проводимое комплексное обследование этих больных позволило выявить

послеоперационные осложнения в 20 % случаев, и все они были выявлены на ранних стадиях развития. Проводя динамическое УЗИ органов брюшной полости с 1 суток удалось выявить в 1 случае раннее послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, раннюю спаечную кишечную непроходимость в 1 случае, и в 2 случаях - несостоятельность ранее наложенных анастомозов.

При чем осложнения наблюдались у больных с запущенным течением основного заболевания на догоспитальном этапе, что еще при первичном оперативном вмешательстве потребовало наложения лапаростомы у 2 больных, а выявленные осложнения - наложения лапаростомы у 1 больного.

Отмечая бесспорную эффективность динамического УЗИ обследования больных с первых суток после операции в течение 5 дней, а иногда и более при осложненном течении, в выявлении ранних послеоперационных осложнений, хочется подчеркнуть роль динамических УЗИ в оценке течения послеоперационного периода у больных с лапаростомами.

На наш взгляд необоснованно считается, что наличие дренажные трубок, пассивное положение больных, тяжесть состояния и послеоперационный парез резко затрудняют УЗИ исследование.

Нами было осмотрено помимо указанных

выше больных 10 больных с лапаростомами. При этом удастся визуализировать с высокой долей вероятности наличие свободной жидкости в брюшной полости и отдельные скопления ее и насторожить хирурга в плане формирования абсцессов брюшной полости и соориентировать хирурга на более детальный осмотр тех или иных областей брюшной полости. Так же появление перистальтики при УЗИ выявляется раньше, чем при аускультации, что служит еще одним критерием для своевременного снятия лапаростомы на ряду с традиционными критериями.

Кроме того, применяя датчики исследования поверхностно расположенных образований, мы оценивали толщину передней брюшной стенки, ее эхогенность, что позволяет определять течение раневого процесса не только в брюшной полости, но и в брюшной стенке. И на ранних стадиях выявлять развивающиеся осложнения, такие например, как флегмону передней брюшной стенки, что было отмечено у 1 больного, а также определить еще один критерий для сроков снятия лапаростомы.

Стоит отметить, что все наблюдаемые нами изменения при УЗИ органов брюшной полости и передней брюшной стенки. Мы имели возможность контролировать при программированной санации брюшной полости и выявлять как ложно положительные (у 2-х больных), так и ложноотрицательные (у 1 больного) результаты исследований.

Это позволяет выделить следующие положения:

1. Необходимо проводить динамические УЗИ исследования с первых суток и, по возможности, ежедневно в течение первых 4-5 суток после операции, а у больных с лапаростомами - и еще в течение 2-3 суток после снятия ее.

2. Динамическое УЗИ необходимо проводить больным с высоким риском развития послеоперационного перитонита, а к таким можно отнести больных, перенесших операции с нарушением непрерывности желудочно-кишечного тракта, после срочных и экстренных операций на ЖКТ, при осложненном течении заболевания и т. п.

3. Больным, подвергаемым лапаростомии, для своевременного корригирования

лечения необходимо проводить динамическое УЗИ исследование не только брюшной полости для выявления всех «карманов» брюшной полости, но и передней брюшной стенки.

Таким образом, внедрение комплексного подхода к ведению больных с перитонитом и другими внутрибрюшными послеоперационными осложнениями позволило улучшить результаты лечения, сократить срок пребывания больных в стационаре, а летальность свести к минимуму.

Н.И.Киселева, Т.И.Крылова,
Т.Б. Шедько, А.И.Бусенко,
С.В. Щербенок, Т.О. Романовская,
Г.В. Крылова

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫЯВЛЕНИЯ "ГРУППЫ РИСКА" БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Витебский областной клинический роддом №2

В предупреждении послеродовых гнойно-септических осложнений существенное значение имеет выявление "группы риска" беременных, родильниц и проведение в ней целенаправленных профилактических мероприятий.

Проведен ретроспективный анализ 271 истории родов, куда вошли 187 родильниц с гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде и 84 – с нормальным течением родов.

При разработке историй родов учитывался возраст родильниц, особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, течение настоящей беременности, родов и послеродового периода.

Статистическая обработка показателей возраста в обеих группах родильниц не выявила достоверных различий. Следовательно, возраст не имеет существенного значе-